

# АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ КАК ВРАЧ «ПЕРВОГО КОНТАКТА» у женщин старшей возрастной группы

Михаил Медведев

«Будущее принадлежит  
медицине профилактической»

Н. И. Пирогов

Несмотря на появление «семейной медицины» в результате проводимых реформ в Украине, акушер-гинеколог часто остается единственным врачом, которого женское население посещает относительно регулярно. Это объясняется исторически сложившейся практикой, сохранившейся по сей день, когда другие специалисты поликлиники перед приемом, а также при госпитализации обязательно направляют женщину к гинекологу. Поэтому для многих женщин акушеры-гинекологи выступают фактически в качестве специалиста первичного звена.

Американская коллегия акушеров-гинекологов (ACOG) рекомендует деление жизненного цикла женщины на четыре возрастных интервала: 13–18, 19–39, 40–64, и старше 65 лет. Данный подход позволил наилучшим образом организовать профилактику заболеваний, частота которых, как известно, разная для разных возрастных групп (табл. 1). В данной статье речь пойдет о наиболее уязвимых в Украине третьей и четвертой возрастных группах – перименопаузальном и постменопаузальном периодах.

Многие международные организации периодически издают рекомендации по перечням необходимых обследований в каждой возрастной группе. К таким организациям относятся: *Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), the American Cancer Society, American College of Obstetricians and Gynecologists* и многие другие.

Перименопаузальная трансформация часто сопровождается изменениями в структуре сна, вазомоторными симптомами и увеличением сухости

влагалища. Женщины в пери- и постменопаузе гораздо чаще жалуются на бессонницу, чем мужчины соответствующего возраста. Бессонница приводит к ухудшению качества жизни, снижению производительности труда и депрессии [1].

Сексуальность является важной частью человеческого опыта. Одной из проблем, которой уделяется недостаточно внимания, является сексуальная дисфункция у женщин старшей возрастной группы. Сексуальной дисфункцией является неспособность принять участие в сексуальных отношениях таким образом, как хотелось бы индивиду. Примерно 40% женщин и 30% мужчин сообщают о сексуальной дисфункции [2]. Большинство мужчин и женщин не будет добровольно сообщать о сексуальной дисфункции своему врачу. Для того, чтобы выяснить сексологическую проблему, необходимо инициировать беседу на эту тему [3].

**Распространенные сексуальные проблемы, возникающие у женщин, включают в себя:**

- отсутствие интереса к сексу;
- неспособность достичь оргазма;

- боль при половом акте;
- отсутствие удовольствия от секса;
- неадекватную lubricацию.

Наиболее частой проблемой у рассматриваемой возрастной группы женщин является диспареуния, связанная с вульвовагинальной атрофией. Второй по частоте сексуальной проблемой является расстройство гипоактивного либидо, которым страдают около 10% женщин в постменопаузе [4]. Одной из существенных причин сексуальных расстройств у менопаузальных женщин является дефицит стероидных гормонов, прежде всего, эстрогенов.

При лечении симптомов, связанных с **эстрогенодефицитом**, следует учитывать, что сегодня гормональная заместительная терапия с различными комбинациями эстрогена и прогестина не рекомендуется для предотвращения ряда заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых и остеопороза.

На основании результатов современных клинических испытаний, рекомендации ограничиваются использованием гормональной терапии для лечения вазомоторных симптомов,

**Табл. 1. Основные причины смерти в старших возрастных группах**  
По данным *Mortality Statistics Branch, National Center for Health Statistics, 2004*

Возраст 40–64 года	Возраст 65 лет и более
1. Онкология	1. Заболевания сердечно-сосудистой системы
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы	2. Онкология
3. Травматизм	3. Церебро-вазкулярные заболевания
4. Хр. бронхо-легочные заболевания	4. Хр. бронхо-легочные заболевания
5. Церебро-вазкулярные заболевания	5. Болезнь Альцгеймера
6. Сахарный диабет	6. Грипп и пневмония
7. Заболевания печени	7. Сахарный диабет
8. Септические состояния	8. Заболевания почек
9. Суицид	9. Травматизм
10. ВИЧ	10. Септические состояния

дизурических расстройств и вагинальной сухости, вызванных эстрогенами. Для лечения этих проблем используются самые низкие дозы гормонов, которые дают эффект и должны быть использованы самые короткие промежутки времени, в течение которых разрешаются симптомы [5].

При достижении возраста 65 лет, когда речь идет о наступающем старении, с пациенткой следует попытаться повлиять на факторы, выделенные на основании ряда исследований как признаки «успешного старения»:

- образование более 12 лет;
- высокий социально-экономический статус;
- отсутствие диабета, астмы, инсульта и заболеваний нижних дыхательных путей;
- отсутствие депрессии;
- наличие по крайней мере, пяти близких личных контактов;
- ежедневная ходьба;
- умеренное потребление алкоголя;
- отказ от курения [6].

Очень важным является понимание рисков для пациентки и попытка управлять ими, а также проведение скрининга на наиболее важные заболевания, способные повлиять на качество и продолжительность жизни.

Как видно из табл. 1, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания являются ведущими причинами смерти, начиная с возраста 40 лет.

Эффективными мерами первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний являются, прежде всего, модификации образа жизни – прекращение курения, диета, богатая фруктами и овощами, регулярная физическая активность, а также контроль массы тела [7].

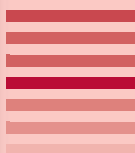
**Метаболический синдром** – распространенный симптомокомплекс (табл. 2), ассоциированный со значительно повышенным риском смертности, прежде всего, от сердечно-сосудистых заболеваний, который нужно стремиться обязательно выявлять на амбулаторном приеме акушера-гинеколога [8, 9].

Целью лечения метаболического синдрома является, прежде всего, снижение рисков атеросклероза и сахарного диабета 2 типа. Соответственно, основой терапии метаболического синдрома является модификация

## Мини-МВА по гинекологии

**18**  
сентября  
**2015**

Модуль 4



## ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДНОГО ВОЗРАСТА

Мастер-класс проведет украинский эксперт



**Михаил Владимирович  
Медведев**

д. мед. н., профессор кафедры акушерства  
и гинекологии Днепропетровской медицинской  
академии МЗ Украины, врач акушер-гинеколог  
высшей категории

### В программе

- Объем обследований у женщин старше 45 лет (т. н. ежегодный check-up)
- Вопросы онкопрофилактики у женщин
- Менопауза. Борьба с ее симптомами и последствиями.
- Вопросы заместительной гормонотерапии и остеопороза
- Пропалс гениталий – от профилактики к современным методам хирургического и нехирургического лечения
- Проблема недержания мочи у женщин

### В стоимость мастер-класса входят:



обед и кофе-брейки



рабочая тетрадь участника  
с материалами мастер-класса



Сертификат об участии  
в Мини-МВА  
по гинекологии

**NB!**

Организатор гарантирует рост профессиональных компетенций, принужденное общение, вкусную еду и приятную компанию!

Регистрация по тел.: (068) 528-18-97 или по e-mail: [levko@teddygroup.agency](mailto:levko@teddygroup.agency)

Ранняя  
регистрация  
и оплата до 31.08

**1500**  
грн.

Поздняя  
регистрация  
и оплата до 16.09

**1800**  
грн.

#### РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ОПЛАТЫ

Организатор/получатель: ООО «ЭКСТЕМПОРЕ»  
Печерский филиал АТ «ПриватБанк», г. Киев  
Р/с 26000052733234, ОКПО 39299632  
МФО 300711

#### ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЖИТЕ:

1. ФИО, контактный тел., e-mail
2. Назначение платежа: мастер-класс «Проблемы переходного возраста»

**Табл. 2. Диагностические критерии метаболического синдрома [10]**

Любые 3 из 5 критериев	Пороговые значения
Окружность талии	Более 88 см
Повышенный ТТГ	Более 150 мг/дл или прием препарата тироксина
Сниженный ЛПВП	Менее 50 мг/дл или прием антиатеросклеротического препарата
Повышенное АД	Более 130 мм рт. ст. систолическое. Более 85 мм рт. ст. диастолическое или прием антигипертензивного препарата
Повышенный уровень глюкозы	Более 100 мг/дл или лечение сахарного диабета

**Табл. 3. Рекомендации у женщин с «прегипертензией» [16]**

Стратегия	Рекомендация	Снижение АД	Влияние на заболеваемость (распространенность) артериальной гипертензией
Антигипертензивная диета (DASH)	4–5 фруктов/сут.; 4–5 овощей/сут.; 2–3 порции нежирной мол. продукции/сут.	3,5 мм рт. ст.	Уменьшается на 62% (распространенность)
Снижение массы тела	Эффективно даже без достижения оптимального ИМТ	1 мм рт. ст. на каждый кг снижения массы тела	Уменьшается на 62% (заболеваемость)
Снижение потребления Na	Ниже 2,4 г/сут.	2 мм рт. ст. на каждые 76 ммоль/л/сут. уменьшения потребления	Уменьшается на 38% (заболеваемость)
Физическая активность	Умеренные физ. нагрузки 30 и более мин. почти каждый день	3–4 мм рт. ст.	Нет данных
Снижение потр. алкоголя	Менее 30 мл/сут.	3,5 мм рт. ст.	Нет данных

**Табл. 4. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин**

Очень высокий риск (более 20%)		Высокий риск (10–20%)	Оптимальный риск (менее 10%)
а	Прекращение курения Физические нагрузки Диета (DASH) Снижение массы тела Контроль АД Контроль холестерина (менее 100 мг/дл) Терапия бета-блокаторами/ингибиторами АПФ	Прекращение курения Физические нагрузки Диета (DASH) Снижение массы тела Контроль АД Контроль холестерина (менее 190 мг/дл)	Физические нагрузки Диета (DASH) Снижение массы тела
б	Контроль холестерина (менее 70 мг/дл) Контроль гликемии Аспирин Омега-3	Аспирин Терапия повышения ЛПНП	

Примечание: а – рекомендации высокой силы; б – рекомендации, не подтвержденные в больших исследованиях

образа жизни. В то же время, каждый компонент метаболического синдрома следует рассматривать и корректировать в соответствии с текущими рекомендациями.

Очень важной составляющей лечения метаболического синдрома является коррекция дислипидемии.

Повышенные уровни общего холестерина и ЛПНП связаны с увеличением темпов прогрессирования ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и других атеросклеротических сосудистых осложнений [11]. Терапия может включать в себя изменения в

образе жизни с добавлением или без добавления медикаментозных средств, таких как статины [12].

Ожирение с абдоминальным типом отложения жира служит в качестве отдельного фактора риска. Для женщин это окружность талии больше 88 см, которая измеряется на уровне подвздошных гребней в конце нормального выдоха.

Женщины с избыточным весом и ожирением подвергаются повышенному риску развития гипертонической болезни, гиперхолестеринемии, сахарного диабета 2 типа, желчнокамен-

ной болезни, остеоартроза коленных суставов, ночного апноэ, ишемической болезни сердца и некоторых видов рака [13, 14].

**Гипертоническая болезнь** выявляется более чем у 65% женщин в возрасте старше 60 лет [15]. Артериальная гипертензия увеличивает риск инфаркта миокарда, инсульта, сердечной, почечной недостаточности и заболеваний периферических сосудов. Гинеколог должен обсуждать эти риски с пациентками и выявлять повышение артериального давления при консультировании пациенток.

Очень важно выявлять так называемую прегипертензию, когда у пациентки АД устойчиво превышает оптимальное 120/80 мм рт. ст., но ниже порога 140/90 мм рт. ст. С методиками и степенью их влияния на цифры артериальной гипертензии можно ознакомиться в табл. 3.

Следует учитывать важные гендерные различия в терапевтических подходах. Например, известно, что эффективность аспирина для первичной профилактики инсульта и инфаркта миокарда у мужчин и женщин различная. У женщин аспирин уменьшает риск инсульта, но не инфаркта миокарда [17].

У мужчин аспирин уменьшает риск инфаркта миокарда, но не инсульта [18, 19]. Основываясь на этих и других данных, *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)* не рекомендует аспирин для профилактики инсульта у мужчин, но рекомендует его с этой целью женщинам в возрасте от 55 до 79 лет, когда польза превышает риск желудочно-кишечного кровотечения [20].

Курение является самой легко предотвратимой причиной смерти в мире. Общеизвестен факт связи курения с риском развития некоторых видов онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, хронических заболеваний легких и инсульта. Тем не менее, несмотря на эти известные факты, в 2003 году только 64 процентов американских курильщиков получили совет бросить курить при плановом посещении врача [21].

Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у женщин суммированы в табл. 4 [7].

Проблемы психического здоровья – **депрессия, тревожность, булимия, анорексия** – более часто встречаются у женщин, чем у мужчин. Например, вероятность наступления депрессии у женщин составляет примерно 20% по сравнению с 10% у мужчин.

Гендерные различия впервые наблюдаются в подростковом возрасте и становятся минимальными после 60 лет. В то же время, болезнь Альцгеймера поражает примерно в два раза чаще женщин, чем мужчин [22]. Следует обращать внимание на возможные психические отклоне-

ния и своевременно направлять пациенток на консультацию психиатра, учитывая важное влияние психических расстройств не только на качество жизни, но и на ее продолжительность (табл. 1).

**Онкологические заболевания** традиционно являются одной из ведущих причин смерти как в развитых странах, так и в Украине. Остановимся на некоторых распространенных нозологиях.

Пик распространенности **рака шейки матки** снижается после наступления менопаузы. Врачи акушеры-гинекологи часто задаются вопросом: «Когда заканчивать скрининг?». Согласно большинству рекомендаций, скрининг может быть закончен в возрасте 65–70 лет при условии, что трижды в течение последних 10 лет был нормальный результат мазка по Папаниколау [23].

**Рак эндометрия.** Здесь стоит обратить внимание не только на пациенток с факторами риска, но и обучить женщину таким тревожным симптомам как водянистые выделения или кровомазание в постменопаузе. Женщины, у которых несколько членов семьи перенесли колоректальный рак, могут иметь синдром Линча (врожденный неполипозный рак толстого кишечника). Для женщин с этим синдромом необходим ежегодный скрининг на рак эндометрия с биопсией эндометрия, начиная с возраста 35 лет [24].

**Рак яичников.** Рутинный скрининг не рекомендуется. В настоящее время, ежегодный гинекологический осмотр является основным инструментом профилактики. Тем не менее, для женщин, которые являются носителями мутации BRCA1 или BRCA2 и которые отказываются от профилактической овариэктомии, рекомендуется дополнять осмотр ежегодным УЗИ органов малого таза [25].

**Рак молочной железы.** На сегодня среди авторитетных организаций существуют некоторые разногласия относительно частоты скрининга рака молочной железы в возрасте 40–49 лет, а также относительно пользы самообследования молочных желез пациенткой. Единым остается мнение касательно необходимости ежегодной скрининговой маммографии у женщин в возрасте 50–

75 лет. У женщин старше 75 лет целесообразность скрининга рака молочной железы должна быть индивидуализирована [24].

**Рак толстого кишечника** является третьей причиной смертности после рака легких и молочной железы [26]. Большинство организаций рекомендует скрининг пациенток со средней степенью риска колоректального рака, начиная с возраста 50 лет. Золотым стандартом скрининга остается колоноскопия [27].

Таким образом, именно акушеры-гинекологи получили уникальную возможность и большую ответственность лечить, а также профилактировать широкий спектр заболеваний, включая как проблемы женского здоровья, так и многие другие распространенные болезни, такие как заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, сексуальные и психические расстройства. Мы находимся в авангарде усилий по постоянному улучшению здоровья женщин. Основные направления нашей работы:

- Обучать тревожным симптомам.
- Информировать о потенциальных рисках и методах скрининга, профилактики.
- Быть примером и обучать здоровому образу жизни.

Регулярно уделяя внимание скринингу заболеваний, непосредственно влияющих на продолжительность жизни, мы можем в значительной мере увеличить показатель средней продолжительности жизни. Это является одним из существенных отличий нашей медицины от медицины развитых стран и это должно, на мой взгляд, найти отражение в государственной политике.

**Р. С.** На нашей встрече 18 сентября, дорогие коллеги, я детально расскажу о проблемах менопаузального периода, заместительной гормональной терапии, включая тему данной статьи. Кроме того, подробно и всесторонне остановлюсь на таких вопросах как недержание мочи у женщин и пролапс, вопросы сексологии в кабинете у гинеколога и др. Прошу всех будущих участников мастер-класса подготовить интересные и сложные вопросы лектору ☺.